

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS)
Acte de décès (D'Outre-Mer)

NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) RTB WAHID, ABDUL		GRADE Grade CIV	BRANCH OF SERVICE Arme	SOCIAL SECURITY NUMBER Numéro de l'Assurance Sociale
ORGANIZATION Organisation AFGHANISTAN CIVILIAN		NATION (e.g., United States) Pays AFGHANISTAN	DATE OF BIRTH Date de naissance	SEX Sexe <input checked="" type="checkbox"/> MALE Masculin <input type="checkbox"/> FEMALE Féminin
RACE Race	MARITAL STATUS Etat Civil		RELIGION Culte	
<input checked="" type="checkbox"/> CAUCASIAN Caucasique	<input type="checkbox"/> SINGLE Célibataire	<input type="checkbox"/> DIVORCED Divorcé	<input type="checkbox"/> PROTESTANT Protestant	<input checked="" type="checkbox"/> UNKNOWN
<input type="checkbox"/> NEGROID Négride	<input type="checkbox"/> MARRIED Marié	<input type="checkbox"/> SEPARATED Séparé	<input type="checkbox"/> CATHOLIC Catholique	
<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	<input type="checkbox"/> WIDOWED Veuf	<input type="checkbox"/> JEWISH Juif	<input type="checkbox"/> OTHER (Specify) Autre (Spécifier)	
NAME OF NEXT OF KIN Nom du plus proche parent		RELATIONSHIP TO DECEASED Parenté du défunt avec le susdit		
STREET ADDRESS Domicile à (Rue)		CITY OF TOWN AND STATE (Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)		

MEDICAL STATEMENT Déclaration médicale

CAUSE OF DEATH (Enter only one cause per line) Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)		INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH Intervalle entre l'attaque et le décès
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH Maladie ou condition directement responsable de la mort:		MULTIPLE BLUNT FORCE INJURIES COMPLICATED BY PROBABLE RHABDOMYOLYSIS
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort:	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire	
UNDERLYING CAUSE, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE Cause fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire		
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS Autres conditions significatives		
MODE OF DEATH Condition de décès	AUTOPSY PERFORMED Autopsie effectuée <input checked="" type="checkbox"/> YES Oui <input type="checkbox"/> NO Non	CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES Circonstances de la mort liées par des causes extérieures
NATURAL Mort naturelle	MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY Conclusions principales de l'autopsie	
ACCIDENT Mort accidentelle		
SUICIDE Suicide	NAME OF PATHOLOGIST Nom du pathologiste KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC(P), USA, MC	
<input checked="" type="checkbox"/> HOMICIDE Homicide	SIGNATURE Signature <i>Kathleen M. Ingwersen</i>	DATE Date 13 NOV 2003
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année) 1430, 6 NOV 2003	PLACE OF DEATH Lieu de décès HELMAND PROVINCE, AFGHANISTAN	

I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE.
J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.

NAME OF MEDICAL OFFICER Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire KATHLEEN M. INGWERSEN, LTC(P), USA, MC		TITLE OR DEGREE Titre ou diplôme ARMED FORCES REGIONAL MEDICAL EXAMINER
GRADE Grade LTC(P) / O-5	INSTALLATION OR ADDRESS Installation ou adresse BAGRAM AIR FIELD, AFGHANISTAN	
DATE Date 13 NOV 2003	SIGNATURE Signature <i>Kathleen M. Ingwersen</i>	

1. Enter disease, injury or complication which caused death. Do not omit any of the following: heart failure, etc.
2. State conditions contributing to the death, but not related to the disease or condition causing death.
3. Indicate the nature of the condition, the location of the condition and the condition which contributed to the death, but not the nature of the disease, etc.
4. Indicate the condition which contributed to the death, but not the nature of the disease, etc.

DD FORM 2064, APR 1977

REPLACES DA FORM 1385, 1 JAN 1974 AND DA FORM 1385-R (MAG), 26 SEP 1976, WHICH ARE OBSOLETE.

USAPA V1.00